Dr. W. Stute · Niedernstraße 37 · 33602 Bielefeld Tel. 0521/66669 · Fax 0521/60057
Email: Stute.Dr.Selectione@t-online.de · Web: www.selectione.de www.stute-bielefeld.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

im Rahmen der üblichen zahnärztlichen Behandlungsmaßnahmen können Begleittherapien durchgeführt werden, die auf **naturheilkundlichen, homöopathischen, spagyrischen, bioelektromagnetischen und regulationsmedizinischen Vorstellungen** beruhen.
So verbessert z. B. die Gabe von „Arnica“ vor Zahnentfernungen oder Kiefer-/Zahnfleischbehandlungen die Abwehrleistung und führt zu schmerzfreierer und tiefgreifenderer Ausheilung der Wundprozesse.

Auch die Durchführung von **Heilinjektionen** dient dem gleichen Zweck (Umstimmung des lokalen Gewebestoffwechsels, Schmerzlinderung bei Nervreizungen).

Eine noch gezieltere gesamtkörperliche Regeneration ermöglichen Diagnose und Therapie über das System der **EAV und der Resonanzmedizin** .

Dazu wird z. B. Operationsgut (ein gezogener Zahn, Zahnmetalle usw.) Blut, Speichel oder ähnliches in das Labor zur Analyse geschickt, um optimal wirkende Medikamente zu ermitteln.

Die einfache Gabe homöopathischer Mittel erfolgt z. Zt. kostenfrei.
Sie ist keine klassisch/homöopathische Arzneimittelwahl, sondern Gabe nach Indikation.
(Es steht in Ihrem Benehmen für karitative Zwecke eine kleine Spende zu tätigen – Spendenkasse an der Rezeption).

Die Kosten pro Heilinjektion betragen _____ €
zzügl. Medikamentenkosten von _____ €

Verklebungen gelockerter (Unfall, Parodontose) Zähne an den Nachbarzähnen je Zahnzwischenraum € 30,00.

Knochenaufbaumaßnahmen mit autologem / natürlichem oder synthetischem Knochenaufbaumaterial , besonders auch bei Entfernung von Backenzähnen (Molaren) , kieferchirurgischen Eingriffen , Zahnfleischbehandlungen.

0 Homöopathie

0 Heilinjektion/Neuraltherapie

0 Knochenaufbau Maßnahmen
ca. _____ € Zahn
ca. _____ € Material

0 Bioresonanz / Mora /Lyco

0 EAV

0 Zahnverklebungen

Falls Sie an dergleichen Behandlungen interessiert sind, lassen Sie es mich bitte rechtzeitig wissen. Bitte ankreuzen!

.....
Patientenname Geb.-Datum Datum Unterschrift